

**AL RETTORE  
DELL'UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA "LUIGI VANVITELLI"**

**(SCRIVERE IN STAMPATELLO)**

\_\_ L \_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
COGNOME

\_\_\_\_\_  
NOME

\_\_\_\_\_  
NATO IL

\_\_\_\_\_  
COMUNE

\_\_\_\_\_  
PROV.

\_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE

\_\_\_\_\_  
INDIRIZZO: via/p.zza

\_\_\_\_\_  
N. CIVICO

\_\_\_\_\_  
C.A.P.

\_\_\_\_\_  
COMUNE DI RESIDENZA

\_\_\_\_\_  
PROV.

\_\_\_\_\_  
CELLULARE

\_\_\_\_\_  
PREFISSO

\_\_\_\_\_  
N. TELEFONICO

\_\_\_\_\_  
CITTADINANZA

\_\_\_\_\_  
E - MAIL

**chiede  
di essere immatricolat \_\_, per l'a.a. 2022/2023, al primo anno del corso di  
formazione specialistica in**

---

A tal fine, consapevole delle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità nonché delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

a) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, con numero di matricola \_\_\_\_\_ riportando la votazione finale di \_\_\_/\_\_\_;

b) di essere abilitat\_\_ all'esercizio della professione di Medico Chirurgo nella prima - seconda sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

c) di essere in possesso della **laurea ABILITANTE in Medicina e Chirurgia** conseguita in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, con numero di matricola \_\_\_\_\_ riportando la votazione finale di \_\_\_\_/\_\_\_\_;

d) di non trovarsi in una situazione tale da determinare, con l'iscrizione stessa, la violazione del divieto di contemporanea iscrizione o frequenza a corsi di formazione specifica in Medicina Generale e a corsi di Specializzazione ad eccezione di quanto previsto dalla Legge n.33/2022 dal D.M. attuativo n.930/2022;

e) (barrare la casella corrispondente)

di non avere in corso alcun rapporto di pubblico impiego

ovvero

di essere titolare di rapporto di pubblico impiego e di essere posto in aspettativa per motivi di studio senza assegni (allega documentazione in merito)

ovvero

di essere medico di ruolo titolare di rapporto a tempo indeterminato dipendente di Struttura pubblica o privata accreditata con il S.S.N, non facente parte della rete formativa della Scuola di specializzazione e di aver usufruito della riserva dei posti prevista dall'art.3 del bando di concorso emanato con D.M. n. 645 del 15.05.2023 (allega documentazione in merito)

f) di non svolgere, per tutta la durata del corso di specializzazione, alcuna attività libero professionale al di fuori di quella svolta, in qualità di specializzando, nelle Strutture assistenziali in cui si effettua la specializzazione ad eccezione di quanto previsto dall'art. 40 del D.Lgs. n. 368/99, dall'art. 19, co. 11, della Legge n. 448/2001 e di quanto disposto dal D.L. n.145/2018 e ss.mm.ii..

#### **ALLEGA ALLA PRESENTE**

- **FOTOCOPIA DI VALIDO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E DEL CODICE FISCALE**
- **N.1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA**
- **RICEVUTE DEI VERSAMENTI PREVISTI PER L'IMMATRICOLAZIONE ALLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE:**
  - € 428,00 quale 1ª rata d'iscrizione comprensiva del bollo virtuale;
  - contributo regionale il cui importo è differenziato in base alle fasce ISEE (nota ADISURC n. 9561/2023)
- **MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
- **MODELLO ISEE – RILASCIATO NELL'ANNO SOLARE 2023 - AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DELL'IMPORTO DELLA TASSA REGIONALE E DEI CONTRIBUTI UNIVERSITARI**
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DA CUI RISULTI IL POSSESSO DEI REQUISITI SPECIFICI PREVISTI DAL D.M. N.1318/2023 – PER ASSEGNAZIONE DI CONTRATTO FINANZIATO DALLA REGIONE CAMPANIA.**

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_